ООО "МЦ" Евромедсервис"

наименование медицинской организации

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, гр. ФИО пациентаФИО пациентаФИО пациентаИванов Иван Иванович, Дата рождения пациентаДата рождения пациентаДата рождения пациента«1» января 1980г.р., в соответсвии с требованиями статьи 20 Федерального закона" отказываюсь от медицинского вмешательства:_____ предложенного мне врачом Врач (полностью)Врач (полностью)Врач (полностью)Антонюк Илья Александрович

В соответствии с ч. 4 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в доступной для меня форме были разъяснены возможные последствия такого отказа, в частности: _____и др., а также была предоставлена вся интересующая меня информация о состоянии моего здоровья, даны исчерпывающие ответы на вопросы.

Я уведомлен (а) и согласен (а) с обработкой и передачей моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оформления настоящего отказа.

Ф.И.О. (полностью) и подпись пациента: Иванов Иван Иванович _____

Фамилия и подпись медицинского работника: Антонюк Илья Александрович _____

Дата: «27» января 2026

Примечание:

В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отказ от медицинского вмешательства подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

***

В случае отказа пациента от подписи заполняется нижеследующая форма:

Гр. _____ от подписи об отказе от медицинского вмешательства и разъяснении возможных последствий отказа отказался (лась).

Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена врачом _____.

Подписи свидетелей (не менее 2-х):

_____ (_____);

_____ (_____).

Дата:«27» января 2026